

# 重要事項説明書（看護小規模多機能型居宅介護）

## 1. 事業者

名 称	株式会社アイケア北海道			
所在地	小樽市奥沢1丁目17番1号			
法人設立 年月日	平成17年1月11日			
代表者	代表取締役 桶谷 満			
連絡先	電話番号	0134-31-3727	F A X	0134-31-7018

## 2. 事業の目的と運営方針

事業目的	家庭的な環境と地域住民との交流の下で、食事、入浴、排泄等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者がその有する能力に応じその居宅において自立した日常生活を営むことができるよう支援することを目的とする。
運営方針	「通い」を中心とし、短期間の「宿泊」、「訪問介護・看護」などのサービスを組み合わせ提供することにより、利用者の居宅における生活の継続を支援するよう努めます。 事業の実施にあたっては、関係市町村、地域包括支援センター、地域の保健・医療福祉サービスの提供主体との綿密な連携を図り、総合的サービスの提供に努めるものとする。

## 3. 事業所

名 称	看多機 アイケア山鼻			
指定番号	0190101147			
所在地	札幌市中央区南19条西7丁目2-17			
連絡先	電話番号	011-213-1996	F A X	011-213-1997
営業日	365日			
営業時間	訪問サービス	24時間		
	通いサービス	午前10時から午後4時まで		
	宿泊サービス	午後4時から午前10時まで		
通常の事業 の実施地域	札幌市中央区（南9条～南30条、西3丁目～西20丁目）			
登録定員	29名			
利用定員	通いサービス	15名	※当事業所は、原則として利用申込みに応じますが、ご登録を頂いている場合であっても、利用定員を超過する場合には、通いサービス又は宿泊サービスの提供ができない日がある場合がありますので、ご了承ください。	
	宿泊サービス	5名		

#### 4. 職員体制

区 分	常勤		非常勤		備考	保有資格	業務内容
	専従	兼務	専従	兼務			
管 理 者		1				介護支援専門員 介護福祉士	業務及び職員等の管理
介護支援 専 門 員			1			介護支援専門員 介護福祉士	介護計画の作成 連携先との連絡調整
介護従業者	常勤換算方法で通いサービス利用者3人に対して1名以上及び 常勤換算方法で訪問サービス利用者対応として2名以上					訪問介護員1級 訪問介護員2級 介護福祉士 実務者研修修了 初任者研修修了 看護師・准看護師	日常生活の支援等
看護職員	常勤換算方法で2.5名以上					看護師・准看護師	主治医が必要性を認めた高齢者に対し適正な訪問看護を提供

#### 5. 職員の勤務体制

区 分	勤 務 時 間	休 暇
日 勤	9:00~18:00	シフト制
早 番	7:00~16:00	シフト制
遅 番	13:00~22:00	シフト制
夜 勤	16:30~翌9:30	シフト制
宿 直	22:00~翌8:00	シフト制

## 6. サービス内容

### (1) 介護保険給付サービス

※介護保険法の改正により平成30年8月1日から一定以上の所得のある方の利用者負担額が2割及び3割となります。

種 類	内 容	利 用 料	
通 い サービ ス	食 事 特 別 食	<ul style="list-style-type: none"> <li>・食事の提供及び食事の介助を行います。</li> <li>・職員が利用者の身体状況、嗜好、栄養のバランスに配慮して作成した献立表に基づいて提供します。</li> </ul>	<p>要介護度に応じて算出します。            利用料＝下記単位×10.17 円の            1割または2割及び3割となります。</p> <p>【看護小規模多機能型居宅介護の場合】</p> <p>要介護1 12,447 単位/月            要介護2 17,415 単位/月            要介護3 24,481 単位/月            要介護4 27,766 単位/月            要介護5 31,408 単位/月</p> <p>【短期利用居宅介護の場合】</p> <p>要介護1 571 単位/日            要介護2 638 単位/日            要介護3 706 単位/日            要介護4 773 単位/日            要介護5 839 単位/日</p> <p>・法定代理受領の場合は、利用者負担は各利用者様の負担割合に応じた額となります。</p> <p>・登録した日から30日以内の期間は、初期加算として1日につき30単位を加算します。</p> <p>以下の加算を算定する場合は利用者様及びその家族様へ通知を行い、同意を得た上で請求いたします。</p> <p>・認知症加算            (Ⅲ) 760 単位/月            (Ⅳ) 460 単位/月</p> <p>・サービス提供体制強化加算</p> <p>【短期利用以外】</p> <p>(Ⅰ) 750 単位/月            (Ⅱ) 640 単位/月</p>
	入 浴	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入浴または清拭を行います。</li> <li>・衣類の着脱、身体の清拭、洗髪、洗身の介助を行います。</li> </ul>	
	排 泄	<ul style="list-style-type: none"> <li>・状況に応じて適切な介助を行うとともに、排泄の自立についても適切な援助を行います。</li> </ul>	
	機 能 訓 練	<ul style="list-style-type: none"> <li>・状況に適した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するよう努めます。</li> </ul>	
	健 康 チエック	<ul style="list-style-type: none"> <li>・血圧測定等、利用者の全身状態の把握を行います。</li> </ul>	
	送 迎 サービ ス	<ul style="list-style-type: none"> <li>・希望により、ご自宅と事業所間の送迎</li> </ul>	

<p>訪 問 サービス</p>	<p>・利用者のご自宅にお伺いし、食事や入浴、排泄等の日常生活上の世話や機能訓練を行います。</p>	<p>(Ⅲ) 350 単位/月 【短期利用】 (Ⅰ) 25 単位/日 (Ⅱ) 21 単位/日 (Ⅲ) 12 単位/日</p>
<p>宿 泊 サービス</p>	<p>・事業所に宿泊していただき、食事や入浴、排泄等の日常生活上の世話や機能訓練を行います。</p>	<p>・認知症行動・心理症状緊急対応加算（短期利用） 200 単位/日 ・緊急時訪問看護加算 574 単位/月 ・特別管理体制加算 (Ⅰ) 500 単位/月 (Ⅱ) 250 単位/月 ・ターミナルケア加算 2,500 単位/月 ・総合マネジメント体制強化加算 (Ⅰ) 1,200 単位/月 ・看護体制強化加算 (Ⅰ) 3,000 単位/月 (Ⅱ) 2,500 単位/月 ・訪問体制強化加算 1,000 単位/月 ・科学的介護推進体制加算 40 単位/月</p>
<p>看 護 サービス</p>	<p>・看護師、准看護師が療養上の世話又は必要な診療の補助を行います。</p>	<p>・口腔機能向上加算 (Ⅰ) 150 単位/回 (Ⅱ) 160 単位/回 上記単位について、法律改正等により変更があった場合は、それに準ずるものとなります。 ※ 別途合計額に 14.6%相当の介護職員等処遇改善加算が加わり ます。</p>

## (2) 介護保険給付外費用

種 類	内 容
食 事 代	・ 食事代は介護保険給付の対象外です。実費をお支払いください。 費用は次のとおりです、 朝食 350 円、昼食 450 円、夕食 550 円、おやつ代 100 円 ※前日までにキャンセルの連絡がない場合はご負担いただきます。
宿 泊 代	・ 一泊につき 個室利用 : 1,700 円 個室以外の宿泊室 : 1,500 円 をお支払いください。
おむつ代	・ おむつは別途実費をご負担いただきます。
洗 濯 代	・ 別途実費をご負担いただきます。
交 通 費	・ 3. の通常の事業の実施地域を超えて行うサービスに要した交通費及び送迎にかかる費用は、その実費をお支払いください。 なお、自動車を使用した場合の交通費及び送迎にかかる費用は次の通りです。 1 kmにつき 20 円
そ の 他	・ 各種リース代等は別途実費をご負担いただきます。 ・ 上記以外に利用者の選択による趣味活動教材費および行事に係る費用等は実費となります。

## 7. サービス利用に当たっての留意事項

欠席の連絡	利用日当日に欠席をする場合には、前日までに当該事業所へその旨を連絡してください。
居室の利用 迷惑行為	浴室、食堂等入居者の共同施設は本来の目的に従ってご利用ください。サービスの提供上、他の利用者の方に迷惑となる行為等がみられた場合には利用の中止をしていただくことがあります。けんか、口論、泥酔等他人に迷惑をかける行為はご遠慮ください。事業所内での喫煙または飲酒はご遠慮ください。
所持品 現金等	当該事業所内での貴重品の紛失・破損等の責任は負いかねます。
そ の 他	サービス提供前に健康チェックを行い、結果によっては入浴サービス等を中止する場合があります。

## 8. 協力医療機関

名 称	医療法人社団 土田病院
所 在 地	札幌市中央区南 21 条西 9 丁目 2-11
電 話 番 号	011-531-7013
診 察 科	内科、外科、整形外科
入 院 設 備	あり
協力関係の概要	訪問診療及び外来受診対応 緊急時の受診

名 称	アイファミリー歯科クリニック
所在地	札幌市西区宮の沢 2 条 4 丁目 1-12
電話番号	011-664-0333
診 察 科	一般歯科、訪問歯科
入院設備	なし
協力関係の概要	訪問診療及び外来受診対応

#### 9. 協力福祉施設

名 称	住宅型有料老人ホームアイケア山鼻
所在地	札幌市中央区南 18 条西 9 丁目 2-22
電話番号	011-596-8284
協力関係の概要	利用者に対して、事業者がサービス提供困難となった場合の入所相談及び入所申請

#### 10. 非常災害時の対策

消 防 計 画	責任者
避 難 訓 練	年 2 回、火災、自身等を想定した訓練を行います。可能な限りご協力をお願いします。
防 災 設 備	自動火災報知機 煙感知器 消火器 誘導灯

#### 11. 事故発生時の対応

事 故 発 生 時 の 対 応	<p>①事故が発生した場合には、市町村、当該利用者の家族等に連絡するとともに、必要な措置を迅速に行います。</p> <p>②当該事故の状況及び事故に際して採った処置についての記録を行います。</p> <p>③利用者に対する看護小規模多機能型居宅介護の提供により賠償すべき事故が発生した場合には、速やかにその損害を賠償します。ただし、損害の発生が不可抗力によるとき、事業者は賠償の責めを負わないものとし、利用者の重過失による場合は、賠償を減ずることができるものとします。</p> <p>④事故が生じた際には、その原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。</p> <p>⑤下記の損害賠償保険に加入しています。</p> <p style="padding-left: 40px;">保険会社名 三井住友海上火災保険株式会社</p> <p style="padding-left: 40px;">保険名 福祉事業者総合賠償責任保険</p>
-----------------	---

#### 12. 地域との連携

地域との連携	運営推進会議を設置し、おおむね 2 ヶ月に 1 回以上、運営推進会議に対し活動状況を報告し、運営推進会議による評価を受けるとともに、運営推進会議から必要な要望、助言を聞く機会を設けます。
--------	---

### 13. 個人情報保護

個人情報保護	<p>①職員は、正当な理由がある場合を除き、利用者に対する介護サービスの提供に際して知り得た利用者及び利用者の家族の秘密を漏らしません。</p> <p>②職員が業務上知り得た利用者、利用者の家族及び身元引受人の秘密を退職後漏らすことがないよう必要な措置を講じます。</p> <p>③利用者または利用者の家族の情報を第三者に提供する場合は、事前に文書で同意を得ることとします。</p>
--------	---

### 14. 苦情申立

当事業所相談室	<p>担当者：管理者</p> <p>ご利放時間：毎日 営業時間（9：00～18：00）</p> <p>ご利用方法：電話 011-213-1996</p> <p>面接：随時</p> <p>投書：事業所内に設置した苦情箱に投函してください。</p>
苦情処理の体制・手順	<p>①苦情があった場合は管理者が相手に連絡を取り、直接会うなどして詳しい事情を聞く。</p> <p>②検討を行う事情が生じた場合検討会議を行う。</p> <p>③検討後翌日迄には具体的な対応を行う。（利用者への謝罪など）</p> <p>④記録を台帳に保管し、再発防止に役立てる。</p>
外部の苦情窓口	<p>①国保連合会 総務部 介護保険課 企画・苦情係 札幌市中央区南2条西14丁目 国保会館内 6階 TEL：011-231-5175 FAX：011-233-2178</p> <p>②北海道社会福祉協議会内 「北海道福祉サービス運営適正化委員会」 TEL：011-204-6310 FAX：011-204-6311</p> <p>③札幌市福祉サービス苦情相談センター 〒060-0042 札幌市中央区大通西19丁目 札幌市社会福祉総合センター 2階 TEL：011-632-0550 FAX：011-613-5486</p>

### 15. 身体的拘束

やむを得ず身体拘束を行う場合の手続き	<p>事業所にて身体的拘束委員会を開き、適切な判断をする。</p> <p>その際は、管理者より利用者、家族に目的、理由、時間、機関等を詳細に説明する。</p>
--------------------	---

